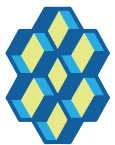




Améliorer les résultats de santé des personnes âgées vivant avec la fragilisation

Guide de mise en œuvre au Québec



Canadian
Frailty
Network

Réseau canadien
des soins aux
personnes fragilisées

Remerciements :

Notre équipe est reconnaissante envers le Réseau canadien des soins aux personnes fragilisées pour le financement reçu et la possibilité d'entreprendre ce projet. Nous sommes reconnaissants et reconnaissantes envers le personnel, les chercheurs et chercheuses et les étudiants et étudiantes qui ont contribué à produire l'information présentée dans le présent document. Nous remercions également les organismes partenaires, au nombre de plus de 40, qui ont soutenu ce travail.

Nous tenons en outre à remercier les nombreux prestataires de soins, administrateurs et administratrices et décideurs et décideuses qui ont participé aux entrevues. Nous remercions également les administrateurs et administratrices, les médecins, les cliniciens et cliniciennes et le personnel des milieux où nous avons mené nos travaux, pour leur travail et leur dévouement envers ce projet. Par-dessus tout, nous sommes profondément reconnaissants et reconnaissantes envers les patients et patientes et proches aidants et aidantes, au nombre de plus de 600, qui ont pris le temps de parler de leurs expériences et de leurs idées avec nous par le biais de sondages et d'entrevues.

L'équipe du projet :

Paul Stolee¹
Anik Giguere²
Sara Mallinson^{3,4}
Kenneth Rockwood⁵
Joanie Sims-Gould^{6,7}
Jacobi Elliott¹
Susie Gregg¹
Meaghan Brierley⁴
Rima Tarraf⁴
Stephanie Hastings⁴
Laëtitia Coudert^{2A}
G. Ross Baker⁸
Veronique Boscart^{9,10}
Catherine Burns¹¹
Kerry Byrne¹
Judith Carson¹
Richard J. Cook¹²
Andrew Costa¹³
Justine Giosa¹
Kelly Grindrod¹⁴
Mohammad Hajizadeh¹⁵
Heather M. Hanson^{4,16}
George Heckman^{1,10}
Jayna Holroyd-Leduc¹⁶
Wanrudee Isaranuwatchai¹⁷
Edeltraut Kröger^{2A}
Ayse Kuspinar¹⁸
Samantha Meyer¹
Josephine McMurray¹⁹
Phyllis Puchyr¹
Peter Puchyr¹
Marie-Josée Sirois^{2A}
Olga Theou^{5,20}
Holly Witteman²
Julie Fortin²

Étudiants^{2A}

Chaimaa Fanaki, M.Sc. santé publique
Gaudens Acakpo, doctorant
Laura Bogza, doctorante
Élina Farmanova-Haynes, Ph.D.
Ella Diendere, M.Sc.
Jasmine Delwende Sawadogo, M.Sc.
Anne-Sophie Bard
Mireille Desrochers Couture, M.Sc.
Andréanne Simard, doctorante
Jade Doré, candidate M.D.
Julie Bélanger
Vanina Tchuenta
Thalie Flores
Clémence Bravetti
Marie-France De Lafontaine
Caroline Gosselin
Allyson Bernier
Christine Marcotte
Audrey Dzomo
Marie-Paule Razanadraibe
Sarah Maranda-Pelletier
Solivan Boily

Professionnels de la recherche^{2A}

Béatriz Valéra, pharmacienne, Ph.D.
Pierre-Hugues Carmichael, biostatisticien
Inheldia Cossou-Gbeto, M.Sc.
Marie-Claude Rochette
Delphine Arbour-Lemieux, inf.
Lynda Tremblay, inf.

Affiliations :

- ¹École des sciences de la santé publique de l'Université de Waterloo, Waterloo (Ont.), Canada
- ²Département de médecine familiale et de médecine d'urgence, Université Laval, Québec (Qc), Canada
- ^{2A}Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec, Québec (Qc), Canada
- ³Département des sciences de la santé communautaire, Université de Calgary, Calgary (Alb.), Canada
- ⁴Alberta Health Services, Calgary (Alb.), Canada
- ⁵Division de la médecine gériatrique, Université Dalhousie, Halifax (N.-É.), Canada
- ⁶Centre for Hip Health and Mobility, Université de la Colombie-Britannique et Vancouver Coastal Health Research Institute, Vancouver (C.-B.), Canada
- ⁷Faculté de médecine, Université de la Colombie-Britannique, Vancouver (C.-B.), Canada
- ⁸Institute of Health Policy, Management and Evaluation, Université de Toronto, Toronto (Ont.), Canada
- ⁹École des sciences de la santé et de la vie, Collège Conestoga, Kitchener (Ont.), Canada.
- ¹⁰Schlegel-UW Research Institute for Aging, Waterloo (Ont.), Canada
- ¹¹Département d'ingénierie, conception de systèmes, faculté d'ingénierie, Université de Waterloo, Waterloo (Ont.), Canada
- ¹²Département de la statistique et de la science actuarielle, Université de Waterloo, Waterloo (Ont.), Canada.
- ¹³Départements de l'épidémiologie et de la biostatistique cliniques, et de la médecine, Université McMaster, Hamilton (Ont.), Canada
- ¹⁴École de pharmacie, Université de Waterloo, Waterloo (Ont.), Canada
- ¹⁵École d'administration de la santé, Université Dalhousie, Halifax (N.-É.), Canada
- ¹⁶École de médecine Cumming, Université de Calgary, Calgary (Alb.), Canada
- ¹⁷Institute of Health Policy, Management and Evaluation, Université de Toronto, Toronto (Ont.), Canada
- ¹⁸École des sciences de la réadaptation, Université McMaster, Hamilton (Ont.), Canada
- ¹⁹École des affaires et de l'économie Lazaridis, Université Wilfrid Laurier, Waterloo (Ont.), Canada
- ²⁰École de physiothérapie, Université Dalhousie, Halifax (N.-É.), Canada

Comment citer ce document :

Stolee P., Giguère A.M., Mallinson S., Rockwood K., Sims-Gould J., Coudert L., Brierley M., Elliott J., Gregg S., Tarraf R., Hastings S. (2022). *Améliorer les résultats de santé des personnes âgées vivant avec la fragilisation : guide de mise en œuvre au Québec*. Québec (Qc) : Université Laval.



Message de la chercheuse principale

Nous savons depuis longtemps que notre population est vieillissante. À l'heure actuelle, 16 % de la population canadienne a plus de 65 ans, et on attribue à ce groupe près de la moitié des dépenses en santé.¹

Le vieillissement est souvent associé à un risque de fragilisation, soit un état médical où la santé et les fonctions sont diminuées.

En 2020, 1,6 million de Canadiens de 65 ans et plus vivaient avec la fragilisation. D'ici 2030, on estime que ce nombre atteindra environ les 2,5 millions.

Il est clair qu'il faut faire quelque chose, non seulement pour le système de santé dans son ensemble, mais aussi pour ces millions de personnes qui sont fragilisées, parfois sans même le savoir, et pour leurs proches aidants et aidantes.

Pour améliorer la santé et la qualité de vie des personnes âgées, la première étape consiste à prévenir les problèmes liés à l'âge et à repérer les signes précurseurs de problèmes de santé. Les professionnels et professionnelles en soins primaires jouent un rôle important en offrant aux gens du soutien en temps opportun afin d'éviter que des problèmes gérables ne deviennent incontrôlables.

Par-dessus tout, les prestataires de soins doivent faire participer activement les personnes âgées et leurs proches aidants et aidantes aux soins à titre de partenaires.

Le présent guide de mise en œuvre est né d'un projet de recherche appliquée intitulé *Transforming Primary Care for Older Canadians*

¹<https://www.cfn-nce.ca/fr/quest-ce-que-la-fragilite>

Living with Frailty (transformer les soins primaires aux personnes âgées du Canada vivant avec la fragilisation) financé par une subvention de recherche transformationnelle du Réseau canadien des soins aux personnes fragilisées. Il propose un modèle pour repérer les personnes âgées à risque de fragilisation ou dans les premières phases de la fragilisation, au moyen d'un outil de dépistage rapide, en appliquant les principes de la prise de décisions partagée, puis en aiguillant les personnes et leurs proches aidants et aidantes vers les services communautaires appropriés. Ce modèle a été testé avec le soutien de cliniques de soins primaires dans trois provinces (Québec, Ontario, Alberta) afin de prouver la viabilité de cette approche dans une diversité de contextes de soins primaires.

Ce document se veut un point de départ pour vous aider, en tant que prestataire de soins primaires, à améliorer la santé des personnes âgées dont vous vous occupez. Si nous travaillons ensemble – les chercheurs et chercheuses, les collaborateurs et collaboratrices, les prestataires de soins et les personnes âgées de partout au Canada –, nous pouvons transformer les soins primaires offerts aux Canadiens et Canadiennes qui vieillissent.

Si vous avez des questions sur la façon de mettre en œuvre cette approche après avoir lu ce guide, n'hésitez pas à communiquer directement avec la soussignée ou avec l'équipe.

Nous vous souhaitons bon succès.

Anik Giguère, chercheuse principale, Québec. Professeurs, Département de médecine familiale et de médecine d'urgence, Université Laval

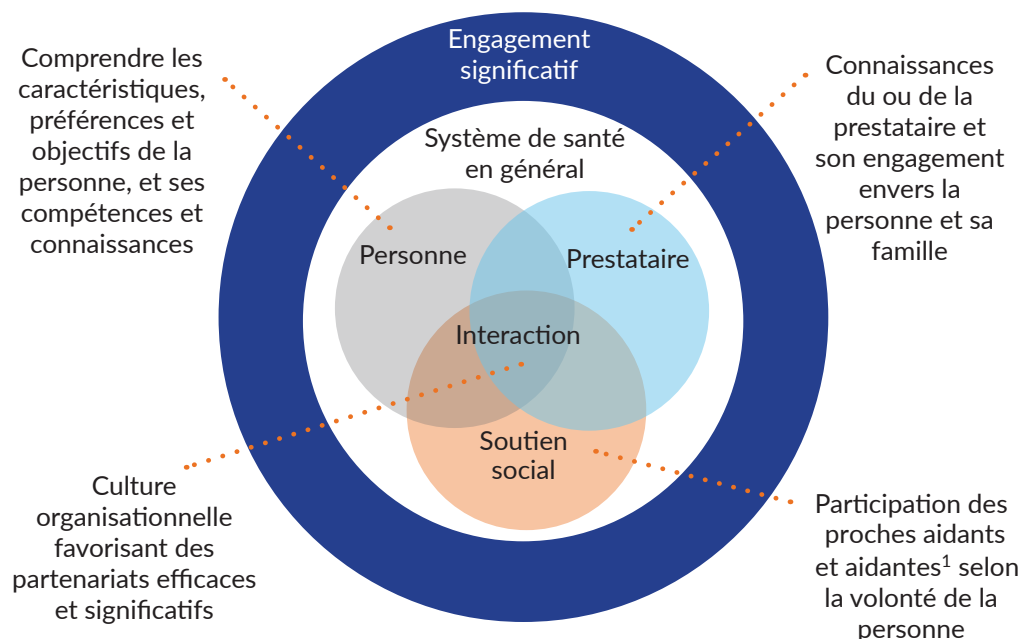
Paul Stolee, chercheur principal Professeur, École des sciences de la santé publique, Université de Waterloo

Introduction

Le Réseau canadien des soins aux personnes fragilisées définit la fragilisation comme étant l'état médical d'une personne dont la santé et les fonctions sont diminuées. Avec le vieillissement de la population, de plus en plus de personnes âgées sont considérées comme étant *fragilisées* chaque année. En tant que ressources fiables pour la plupart des patients et patientes et familles, les médecins de famille, les infirmières praticiennes et les autres prestataires de soins primaires jouent un rôle important en tant que partenaires de soins.

Pourquoi les soins primaires?

- Les contextes de soins primaires permettent d'offrir des soins proactifs, préventifs, coordonnés et intégrés, et de rejoindre précocement le plus grand nombre de personnes.
- Les soins primaires peuvent améliorer le bien-être et la qualité de vie des personnes âgées et de leur famille. Ils peuvent également avoir une incidence sur le reste du système de santé en référant de façon précoce les personnes âgées vers les services appropriés et en prévenant les situations d'urgence.
- Les soins primaires sont la porte d'entrée du système de santé, et les prestataires de soins primaires sont les mieux placés pour offrir des soins préventifs à la population croissante de personnes âgées. Cela peut contribuer à remédier au fait que, comme le rapporte le Réseau canadien des soins aux personnes fragilisées, 46 % des dépenses en santé sont attribuables à 16 % de la population, soit les gens de plus de 65 ans.



La définition générale de proche aidant ou aidante de The Change Foundation est la suivante : un ou une membre de la famille, un ami ou une amie ou un voisin ou une voisine qui prend soin d'une personne sans rémunération. Dans ce document, nous appelons de telles personnes des proches aidants et aidantes.

¹https://ontariocaregiver.ca/wp-content/uploads/2019/12/Spotlight-on-ontarios-caregivers-2019_EN.pdf

La référence à l'image en page 6

Guide de mise en œuvre

La gestion des maladies chroniques en contexte de soins primaires n'est pas chose facile :

- Les prestataires de soins primaires doivent répondre à de nombreuses demandes concurrentes.
- Les maladies chroniques donnent lieu à une charge administrative plus importante.
- Le système n'a pas été conçu pour prendre en charge les personnes ayant des problèmes de santé complexes.
- Référer les gens vers les services sociaux et de santé communautaires peut être long et complexe.
- Il n'existe pas de guichet unique pour trouver des services sociaux et communautaires appropriés pour soutenir les patients.
- Les personnes âgées, les proches aidants et aidantes et les prestataires de soins peinent à trouver l'information et le temps nécessaires pour établir des partenariats de soins efficaces.

L'équipe de recherche a créé un modèle – avec la contribution de prestataires de soins primaires et en collaboration avec des personnes âgées et des proches aidants et aidantes – pour vous aider à prendre soin de vos patients et patientes de 70 ans et plus.

En tenant compte de tous ces défis, une équipe de recherche interdisciplinaire a conçu et testé une approche visant à aider les professionnels en soins primaires dans leurs efforts pour améliorer les résultats sur le plan social, économique et de la santé des patients âgés. Le présent guide peut aider les cliniques de soins primaires à mettre en œuvre ce modèle éprouvé dans leur pratique.

Image from p. 5: Elliott J, McNeil H, Ashbourne J, Huson K, Boscart V, Stolee P. Engaging Older Adults in Health Care Decision-Making: A Realist Synthesis. Patient. 2016 Oct;9(5):383-93. doi: 10.1007/s40271-016-0168-x. PMID: 27048393; PMCID: PMC5021754.

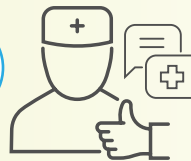
Le modèle comporte trois principales étapes éprouvées qui s'appuient sur des outils et la technologie :

1



Dépistage et évaluation

2



Planification des soins en engageant la personne âgée et ses proches aidants et aidantes et en partageant la prise de décisions

3



Coordination des soins et navigation dans le système, soutenus par la technologie

Étape 1 : Dépistage et évaluation

Bien que vous connaissiez bien vos patients et patientes et que vous ayez une relation de longue date avec eux et elles, le fait de creuser un peu plus profondément peut souvent vous aider à en apprendre davantage, à détecter des choses plus tôt ou à faire des liens que vous auriez peut-être autrement négligés.

Outils de dépistage et d'évaluation

- Outils possibles : PRISMA-7, évaluation de premier contact interRAI, échelle imagée de la fragilisation (*Pictorial Fit-Frail scale*), échelle clinique de fragilisation (*Clinical Frailty Scale*)
 - Déterminez l'outil de dépistage qui s'intègre le mieux à vos dossiers médicaux électroniques ou aux pratiques dans votre clinique¹

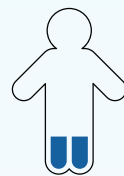
¹Les codes interRAI sont disponibles pour l'intégration aux systèmes Practice Solutions, MedAccess et OCEAN, en demandant la permission à interRAI Canada.



EXEMPLE : OUTIL DE DÉPISTAGE ET D'ÉVALUATION

L'évaluation de premier contact interRAI : un outil simple et rapide qui permet de répondre à la question « Ce patient est-il susceptible de bénéficier d'une évaluation et d'une intervention plus poussées? » :

- Algorithme AUA (Assessment Urgency Algorithm)
- Sept éléments évalués : capacités cognitives, quatre activités de la vie quotidienne, dyspnée, santé (auto-évaluation), stabilité, humeur (auto-évaluation), proche aidance
- Risque d'aller aux urgences sur une échelle de 1 à 6



1 et 2 : faible risque
attendre et surveiller : autogestion et services de soutien social, dont des programmes d'activité physique, de transport, de visites à domicile, etc.



3 et 4 : risque modéré
référence vers des programmes et services de soutien communautaires : services de soutien à domicile et en milieu communautaire, programmes de jour, etc.



5 et 6 : risque élevé
référence aux services gériatriques spécialisés, aux programmes de soins à domicile ou aux services offerts en milieu communautaire, selon les besoins.

Si l'algorithme AUA donne un résultat élevé pour un patient donné, il est probable qu'une évaluation plus poussée soit nécessaire* puisque la personne pourrait avoir :

- un risque plus élevé de résultats défavorables
- une déficience cognitive légère à grave
- une médication de complexité moyenne à élevée et de la fragilisation
- une dépression
- de la difficulté à prendre soin d'elle ou à accomplir des tâches de la vie quotidienne

Comme tout autre outil, l'AUA a ses limites. Utilisez vos compétences et habiletés interpersonnelles avec vos patients et patientes et appliquez votre jugement professionnel pour déterminer si des suivis s'imposent. En discutant avec la personne aînée et sa famille, vous pourrez prendre la bonne décision.

Par exemple, une personne ayant subi une fracture peut obtenir un résultat élevé, mais vous savez bien, et elle aussi, que ses limites physiques sont temporaires.

*Cet outil ne remplace pas le jugement clinique d'un professionnel de la santé.

Étape 2 : Engagement de la personne et de la famille et prise de décisions partagée

Les personnes âgées et leurs proches doivent être des partenaires dans la prise de décision et la planification des soins. La recherche a démontré que lorsque les patients et patientes et leurs proches se sentent engagés, les issues de santé sont meilleures, les patients et patientes et les prestataires ont de meilleures expériences et les soins sont mieux planifiés.

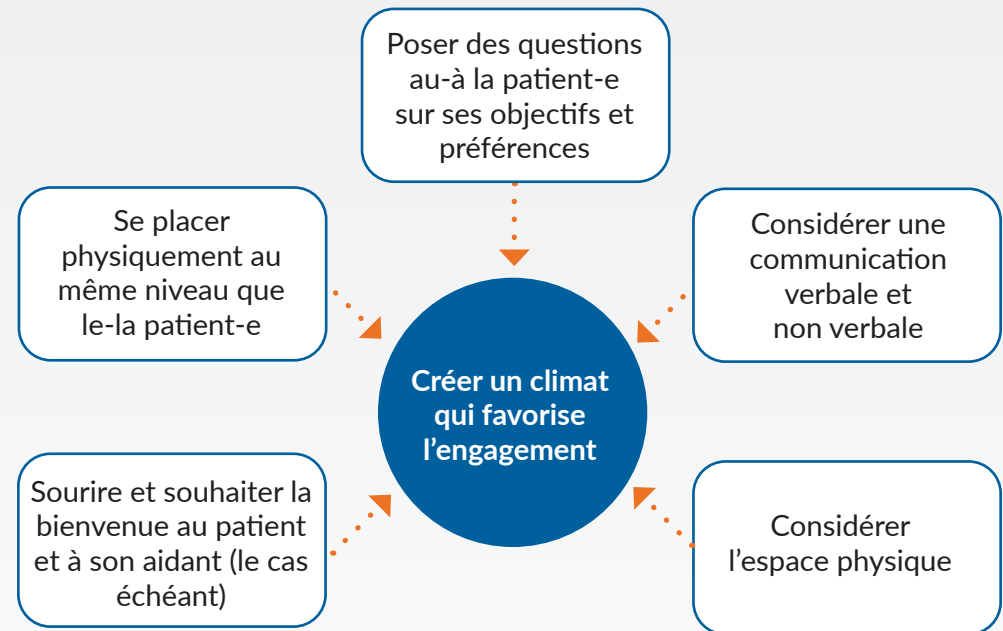
Les Boîtes à décision facilitent l'engagement des patients et patientes pendant la prise de décision clinique. Cet outil soutient une prise de décision partagée entre les prestataires de soins et les patients et patientes ou proches aidants et aidantes. Les Boîtes à décision :

- utilisent un langage clair;
- sont fondées sur les meilleures données probantes;
- décrivent toutes les options pour limiter les risques de fragilisation, ainsi que leurs avantages, leurs inconvénients et autres aspects pratiques;
- guident les patients et patientes dans la détermination de ce qui est important à leurs yeux et les aident à choisir une option qui correspond à leurs objectifs et priorités.



EXEMPLE : ENGAGEMENT DU PATIENT ET DE SA FAMILLE

Voici des choses que vous savez déjà sur la création d'un climat propice à la discussion avec les patients et les proches au moment de faire des choix concernant leurs soins et services de soutien.



Boîtes à décision (outils d'intervention) soutenues par une prise de décisions partagée



Maintien de l'indépendance dans les activités quotidiennes

- Présente les données probantes concernant les options pour maintenir l'indépendance dans les activités quotidiennes ainsi que les avantages et les inconvénients potentiels de chacune :
 - Activité physique adaptée aux personnes âgées
 - Yoga
 - Réadaptation ou ergothérapie à domicile
 - Programme de soutien à l'autogestion
 - Maison intelligente
 - Exercices de mémoire et de concentration
 - Surveiller l'évolution sans entreprendre de changement



Sous-alimentation

- Présente les données probantes concernant les options pour limiter la perte d'appétit et la perte de poids ainsi que les avantages et les inconvénients potentiels de chacune :
 - Suppléments alimentaires
 - Livraison de repas à domicile
 - Conseils nutritionnels et suppléments alimentaires
 - Attendre en surveillant l'évolution



Dépression

- Présente les données probantes concernant les options pour limiter les symptômes dépressifs ainsi que les avantages et les inconvénients potentiels de chacune :
 - Luminothérapie
 - Massothérapie
 - Psychothérapie
 - Activité physique adaptée aux personnes âgées
 - Antidépresseurs
 - Surveiller l'évolution sans entreprendre de changement



Stress chez le proche aidant ou la proche aidante

- Présente les données probantes concernant les options pour réduire le stress ainsi que les avantages et les inconvénients potentiels de chacune :
 - Activité physique
 - Psychoéducation
 - Groupes de soutien
 - Services de répit
 - Psychothérapie
 - Surveiller l'évolution sans entreprendre de changement



Troubles légers de la mémoire et de l'attention

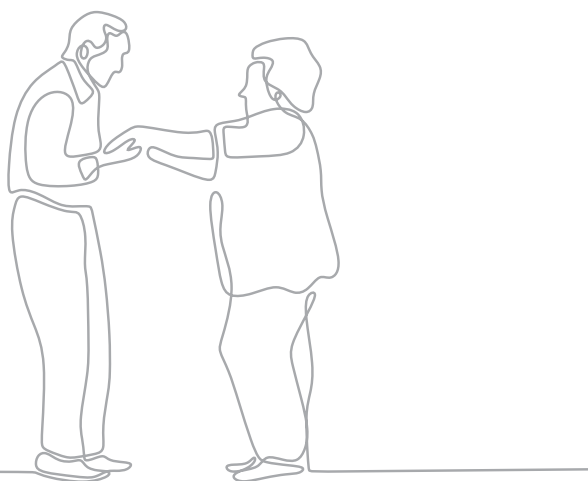
- Présente les données probantes concernant les options pour maintenir ou améliorer les capacités mentales ainsi que les avantages et les inconvénients potentiels de chacune :
 - Exercices de mémoire et de concentration
 - Activité physique adaptée aux personnes âgées
 - Exercices de mémoire et de concentration à l'ordinateur
 - Surveiller l'évolution sans entreprendre de changement

Étape 3 : Navigation dans le système et référence aux services complémentaires

En informant les patients et patientes et les proches aidants et aidantes des programmes communautaires existants, et en leur permettant d'accéder à ces programmes, on peut susciter d'importantes discussions sur le soutien et les soins.

Au Québec, quelques plateformes peuvent vous aider à fournir cette information :

- [Caredove](#) (direct booking is available in 70% of Ontario)
- [211 pour les régions de Québec](#)
- [211 pour la région de Montréal](#)



EXEMPLE : COORDINATION DES SOINS ET NAVIGATION DANS LE SYSTÈME

Caredove pas-à-pas

<https://www.caredove.com/auaquebec>

- Saisir l'adresse complète du patient.
- Faire des références en fonction des résultats trouvés dans Caredove.
- Caredove a également un centre d'assistance.

AUA Quebec > Groupe de conditionnement physique Recherche Avancée

Prévention et promotion de la santé (AUA 1-2)	Services de soutien communautaire (AUA 3-4)	Services gériatriques spécialisés (AUA 5-6)
Nutrition et alimentation	Programmes de jour (adultes)	Soutien au comportement
Activité physique	Entretien ménager résidentiel	Visites amicales
✓ Groupe de conditionnement physique	Popotes roulantes	Entretien et réparation à domicile
Dépendances	Transport pour les personnes âgées	Répit & Hospice
Gestion du stress	Groupes de soutien	Autres
Gestion du poids		

G1T2G7

Groupes de forme physique

- 1** **Club de Marche Laurier**
2700 Boulevard Laurier, Ville de Québec, QC G1V 2L8
1.8 km
[Plus d'informations](#)
- 2** **Cube de marche Centre Durocher**
680 Raoul-Jobin Street Québec City Québec G1N 4N1, Canada
3.9 km
[Plus d'informations](#)

Mise en forme **Centre Durocher**
680 Raoul-Jobin Street Québec City Québec G1N 4N1, Canada
3.9 km
[Plus d'informations](#)

Map of Québec showing locations 1, 2, 3, and 4.

Prêts à mettre en œuvre le programme dans votre organisme de soins primaires? Nous pouvons vous aider.

Cette approche de soins primaires vise à améliorer l'expérience des patients et patientes, les résultats de santé et la qualité de vie des personnes âgées vivant avec la fragilisation ou à risque de fragilisation. Ce changement dans la pratique peut s'aligner sur vos priorités en matière d'amélioration de la qualité, ou être inclus dans votre plan d'amélioration de la qualité.

Si votre équipe de soins primaires envisage cette approche, commencez par établir un groupe de travail qui pourra collaborer à la planification et soutenir la mise en œuvre du changement dans la pratique. Le groupe de travail pourra superviser l'élaboration d'un plan de projet et d'un plan de communication qui appuiera la mise en œuvre. N'oubliez pas de considérer les stratégies de gestion du changement qui pourraient être nécessaires pour assurer la réussite.

Les membres du groupe de travail peuvent comprendre des personnes qui représentent les intervenants et intervenantes qui soutiendront la mise en œuvre, qui appliqueront la nouvelle approche ou qui en bénéficieront. Par exemple, le groupe de travail peut comprendre un ou une prestataire de soins primaires, un clinicien ou une clinicienne, une personne en soutien informatique, un patient ou une patiente, un proche aidant ou une proche aidante, un ou une membre du personnel administratif, etc.

Pour soutenir la planification et la mise en œuvre, nous avons conçu

- une fiche de travail de mise en œuvre (annexe A),
- une liste de vérification pour la mise en œuvre (annexe B) et
- trois exemples de modèles (annexe C).



Voici les étapes à suivre pour mettre en œuvre ce modèle :

1. Déterminer la meilleure approche pour administrer l'outil de dépistage parmi les exemples présentés :

- En clinique : par les prestataires
- Par téléphone : avant les rendez-vous
- Formulaire à faire remplir par la personne : sur une tablette, dans la salle d'attente
- Rendez-vous en ligne : téléchargeable par tout le monde

2. Déterminez qui, dans l'équipe (p. ex., une clinicienne désignée), consacra du temps avec les patients et patientes ou les proches aidants ou aidantes afin de déterminer les services appropriés et de référer les gens.

- Sous-alimentation
- Limitation fonctionnelle dans les activités de la vie quotidienne
- Troubles neurocognitifs
- Dépression
- Stress des proches aidants et aidantes

3. Choisir la plateforme que vous utiliserez pour entrer en lien avec les services communautaires, sociaux et de santé (ex. : Caredove, 211).

- Déterminer quels membres de l'équipe (médecins, infirmières, personnel de bureau, autres) consacreront du temps à naviguer dans le système et à faire des références à ces services.

4. Former le personnel ou l'équipe (modules de 3 à 4 heures, plus quelques formations supplémentaires en ligne).

- Déterminer qui a besoin de formation, en fonction du modèle choisi.
- Déterminer le meilleur moment pour la formation, en fonction de la disponibilité des membres de l'équipe.
 - Pour une formation de 3 heures :
 - Vue d'ensemble de Prisma 7, de Caredove, de l'engagement ou de la participation des patients et aidants, et du recours à l'approche de la prise de décisions partagée.
 - Exemples d'études de cas.
 - Jeux de rôles pour mieux intégrer les concepts vus dans la formation.
 - Application des connaissances dans la pratique.
 - Utilisation pratique de Caredove, pour explorer la plateforme et les outils au moyen d'exemples réels.
- Pour une formation en ligne supplémentaire d'une heure :
 - Prise de décisions partagée – formation de soutien.

5. Choisissez une approche pour évaluer la fragilité

- Comment votre équipe saura-t-elle si cette approche améliore la situation des personnes âgées fragilisées?
- Envisager s'il convient d'adopter une approche d'évaluation détaillée en suivant certains indicateurs (par exemple, le nombre de références à services spécialisés en gériatrie ou le nombre de patients avec un score indiquant une de fragilisation



Considérations pour personnaliser la mise en œuvre dans votre milieu

- **Quels membres (postes) de l'équipe seront nécessaires pour réussir la mise en œuvre de l'ensemble (ou de parties) de l'approche choisie?**

Qui effectuera le dépistage?

Qui assurera la référence et le suivi vers les services communautaires?

Qui distribuera les Boîtes à décision aux personnes âgées et les révisera avec elles?

- **L'outil de dépistage peut-il être intégré à vos dossiers médicaux électroniques? O/N/À dét.**

Oui Non TBD

Y a-t-il des obstacles ou enjeux techniques à prendre en compte, comme les coûts?

- **Votre connexion Internet est-elle fiable, ou la clinique devrait-elle plutôt se servir de documents téléchargeables à remplir pour le dépistage et la référence?**

Si tel est le cas, qui créera les versions papier ou à télécharger?

- **Aurez-vous besoin de reconfigurer votre espace physique pour mettre en œuvre le modèle ou des parties du modèle?**

Si oui, qui veillera à ce que ces changements aient lieu?

Annexe B: Une liste de vérification pour la mise en œuvre

La clinique ou le bureau de soins primaires détermine qui sera le clinicien ou la clinicienne désigné(e). Il peut s'agir d'un ou d'une médecin, d'un infirmier ou d'une infirmière, d'un infirmier ou d'une infirmière praticien(ne), d'un travailleur ou d'une travailleuse social(e), d'un pharmacien ou d'une pharmacienne, d'un ou d'une ergothérapeute ou d'un ou d'une physiothérapeute.

Step	Action	Details
1	Choisir l'outil de dépistage	<p>Passez en revue les outils de dépistage disponibles (comme l'évaluation de premier contact interRAI ou l'algorithme AUA, l'échelle clinique de fragilisation, etc.) et sélectionnez celui qui convient le mieux à votre milieu de pratique. Obtenez la permission requise pour utiliser l'outil si nécessaire.</p> <p>Pour les besoins de cette liste de vérification, l'outil de dépistage sélectionné est l'outil d'évaluation de premier contact interRAI (AUA).*</p>
2	Mettre en œuvre l'outil de dépistage	Intégrer l'outil dans les dossiers de santé électroniques ou les bases de données; assurer une démarche d'intégration harmonieuse dans les dossiers des patients et patientes.
3	Cerner les patients et patientes de plus de 70 ans	<p>Faites un choix</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Le personnel administratif de la clinique cerne parmi les patients et patientes qui ont un rendez-vous à venir ceux et celles qui devront remplir un questionnaire de dépistage, et met une note dans leur dossier ou autre système interne (voir les options possibles à l'étape 4). 2. Le clinicien ou la clinicienne désigné(e) à cet effet cerne, toutes les semaines ou tous les mois, les patients et patientes de plus de 70 ans qui ont un rendez-vous à venir et à qui il faudra téléphoner à l'avance pour leur poser les questions de l'outil de dépistage. 3. Le clinicien ou la clinicienne cerne de façon proactive les patients et patientes de plus de 70 ans qui ont un rendez-vous de bilan de santé à venir.
4	Dépistage et évaluation	<p>Faites un choix</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Le clinicien ou la clinicienne effectue le dépistage par téléphone deux semaines ou moins avant le rendez-vous à venir. Il ou elle discute ensuite des résultats de dépistage avec le patient ou la patiente ou son aidant ou aidante au moment du rendez-vous. 2. Le dépistage par téléphone est effectué de façon proactive auprès de tous les patients et patientes admissibles qui ont plus de 70 ans. Le clinicien ou la clinicienne désigné(e) discute des résultats de dépistage avec le patient ou la patiente ou son aidant ou aidante et, selon le cas, détermine si un suivi est nécessaire ou non, fixe un rendez-vous de suivi ou détermine les boîtes à décision à utiliser lors du rendez-vous de suivi. 3. Le patient ou la patiente remplit lui-même ou elle-même le questionnaire de dépistage dans la salle d'attente, sur une tablette, dès son arrivée pour son rendez-vous (même si la visite n'est pas en lien avec des préoccupations concernant le vieillissement ou la fragilisation). Le clinicien ou la clinicienne discute ensuite des résultats de dépistage avec le patient ou la patiente ou son aidant ou aidante. 4. Le praticien ou la praticienne de soins primaires remplit le questionnaire de dépistage avec le patient ou la patiente ou son aidant ou aidante dans une salle d'examen en tant qu'activité faisant partie intégrante de la consultation (même si celle-ci ne vise pas le vieillissement ou la fragilisation).



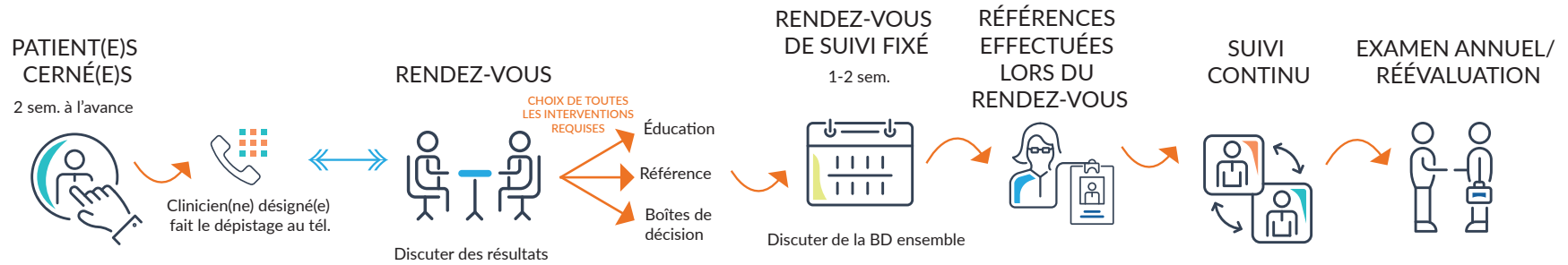
Annexe B: Une liste de vérification pour la mise en œuvre

Step	Action	Details
5	Planification des soins et prise de décisions partagée avec le patient ou la patiente ou son aidant ou aidante	<p>Choisissez en fonction du niveau de risque</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Niveaux de risque AUA 1 et 2 (faible) : en prenant appui sur le jugement clinique, discuter d'autogestion ou d'éducation et de boîtes à décision, si approprié; réévaluer après un an ou plus tôt en cas de changements majeurs dans l'état de santé de la personne. 2. Niveaux de risque AUA 3 et 4 (modéré) : en prenant appui sur le jugement clinique et les résultats de dépistage, proposer des aiguillages ou une évaluation plus approfondie; discuter des résultats avec le patient ou la patiente ou son aidant ou aidante. 3. Niveaux de risque AUA 3 et 4 (modéré) : en prenant appui sur le jugement clinique et les résultats de dépistage, recommander le recours à des boîtes à décision à explorer avec le patient ou la patiente lors de la consultation (si le temps le permet) ou lors d'un rendez-vous de suivi; discuter des résultats avec le patient ou la patiente ou son aidant ou aidante. 4. Niveaux de risque AUA 5 et 6 (élevé) : en prenant appui sur le jugement clinique et les résultats de dépistage, proposer des aiguillages ou une évaluation plus approfondie; discuter des résultats avec le patient ou la patiente ou son aidant ou aidante. 5. Niveaux de risque AUA 5 et 6 (élevé) : en prenant appui sur le jugement clinique et les résultats de dépistage, recommander le recours à des boîtes à décision à explorer avec le patient ou la patiente lors de la consultation (si le temps le permet) ou lors d'un rendez-vous de suivi; discuter des résultats avec le patient ou la patiente ou son aidant ou aidante.
6	Navigation dans le système et aiguillages	<p>Choisissez tous ceux qui s'appliquent</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Le clinicien ou la clinicienne désigné(e) fait des recommandations en matière d'autogestion ou d'éducation. 2. Le ou la médecin aiguille le patient ou la patiente vers des services gériatriques spécialisés (qui nécessitent la recommandation d'un ou d'une médecin). 3. Le clinicien ou la clinicienne désigné(e) effectue des aiguillages vers des évaluations plus poussées en contexte de soins communautaires ou à domicile ou vers des services de soutien communautaires connus. 4. Le clinicien ou la clinicienne désigné(e) aiguille le patient ou la patiente directement vers Caredove ou vers d'autres ressources provinciales (ex. : lignesanté.ca, 211) pour la prestation de services de soutien communautaires ou de soins à domicile.
7	Suivi continu	La fréquence des suivis est déterminée par le praticien ou la praticienne de soins primaires.



* Les autres outils possibles comprennent l'échelle Pictoral Fit-Frailty Scale et l'échelle Clinical Frailty Scale. Veuillez noter que, dans le projet de recherche, ces outils n'ont pas été testés dans le contexte de cette approche.

Annexe C : Trois exemples de modèles

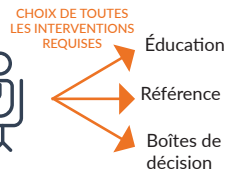


VÉRIFICATION DES RENDEZ-VOUS DU JOUR/DE LA SEMAINE POUR CERNER LES PERSONNES DE PLUS DE 70 ANS

QUESTIONNAIRE REMPLI DANS LA SALLE D'ATTENTE



RENDEZ-VOUS
Discuter des résultats



RENDEZ-VOUS DE SUIVI FIXÉ
1-2 sem.
Discuter de la BD ensemble

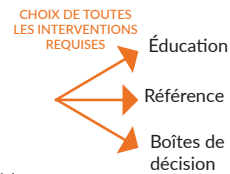
RÉFÉRENCES EFFECTUÉES

SUIVI CONTINU

EXAMEN ANNUEL/ RÉÉVALUATION

LISTE DE PATIENT(E)S VÉRIFIÉE CHAQUE ANNÉE

VÉRIFICATION DU BIEN-ÊTRE DES PERSONNES DE 70 ANS+ AU TÉL. AU MOYEN DE L'OUTIL DE DÉPISTAGE



RÉFÉRENCES EFFECTUÉES

SUIVI CONTINU

Le Réseau canadien des soins aux personnes fragilisées en bref

Le Réseau canadien des soins aux personnes fragilisées (RCSPF) est financé par le programme des Réseaux de centres d'excellence (RCE) du gouvernement du Canada. En tant que réseau axé sur la recherche, le RCSPF collabore avec les secteurs de l'industrie, des soins de santé, des universités, des organismes non gouvernementaux et des partenaires du secteur privé à l'amélioration des soins prodigués aux aînés fragilisés et du soutien offert à leurs proches et aidants. Pour ce faire, le RCSPF travaille à mieux faire reconnaître la fragilisation et à en favoriser l'évaluation, à enrichir les connaissances pour mieux éclairer les décisions, à faire évoluer la pratique à la lumière de faits probants, à former la prochaine génération de professionnels de la santé et de scientifiques, et à mobiliser les connaissances pour catalyser des améliorations dans les systèmes de santé et de services sociaux du Canada.

Visit: www.cfn-nce.ca

Remerciements aux partenaires et collaborateurs et collaboratrices

Merci à tous nos partenaires et collaborateurs et collaboratrices qui croient en l'amélioration des soins aux personnes âgées.





Canadian
Frailty
Network

Réseau canadien
des soins aux
personnes fragilisées

